

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1930-1931 — N° 3

LES DIFFÉRENTES TECHNIQUES
DE
SUTURES PARIÉTALES
APRÈS HYSTÉRECTOMIES ABDOMINALES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 7 novembre 1930

PAR

Michel-Paul-Victor-Lucien-Maurice LARRAUD

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à NIORT (Deux-Sèvres), le 16 octobre 1907.

Examineurs de la Thèse	{	M ^M . GUYOT, professeur.....	<i>Président.</i>
		DUVERGEY, professeur.....	{ <i>Juges.</i>
		ANDÉRODIAS, professeur.....	
		PERY, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1930

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1930-1931 — N° 3

LES DIFFÉRENTES TECHNIQUES
DE
SUTURES PARIÉTALES
APRÈS HYSTÉRECTOMIES ABDOMINALES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 7 novembre 1930

PAR

Michel-Paul-Victor-Lucien-Maurice LARRAUD

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à NIORT (Deux-Sèvres), le 16 octobre 1907.

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur.....	{	Président.
		DUVERGEY, professeur.....		Juges.
		ANDÉRODIAS, professeur....		
		PERY, agrégé.....		

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

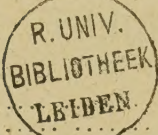
1930

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH, RIVIÈRE,
BARTHE, LE DANTEC, DENIGES.



PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	N	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAET.	Médecine expérimentale.....	MAURIAC.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈREY.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie..	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales...	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants..	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	N.
Anatomie.....	VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUILH.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène.....	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires.	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médie.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie..	SELLIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.		

MM. DELAUNAY (Physiologie). MICHELEAU, LEURET, DUPÉRIÉ (Médecine générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie.....	DUBECQ.	Maladies mentales.....	PERRENS.
id.....	DUFOUR.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
Histologie.....	LACOSTE.	id.....	JEANNENEY.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	id.....	CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	LOUBAT.
Médecine générale.....	GREYX.	Obstétrique.....	PERY.
id.....	N.	id.....	N.
id.....	AUBERTIN.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.....	DAMADE.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.....	PIÉCHAUD.	Pharmacie.....	GOLSE.
id.....	DELMAS-MARSALET.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.	VITTE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Puériculture.....	FAUGÈRE.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmac..	N.
Accouchements.....	N.	Pharmacie chimique.....	GOLSE.
Ophtalmologie.....	CABANNES.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. MM. N.

Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE ET DE MA MERE

A MA GRAND'MERE

En hommage de respectueuse reconnaissance et de très profonde affection.

A MA FIANCEE

A MES FRERES

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

A MES CAMARADES
DE L'ECOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTE
DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES

A MES MAITRES DES HOPITAUX ET DE LA FACULTE

A MES PROFESSEURS DE L'ECOLE DE SANTE NAVALE

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL DARGEIN

*Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé de la Marine et des Colonies,
Officier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

A MONSIEUR LE MÉDECIN EN CHEF MIRGUET

*Sous-Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé de la Marine
et des Colonies,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier d'Académie.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR LOUIS RAMOND

Médecin des Hôpitaux de Paris.

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GUYOT

*Professeur de Clinique gynécologique à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chirurgien des Hôpitaux,*

*Membre correspondant de la Société de Chirurgie,
Chevalier de la Légion d'honneur,*

*Décoré de la Croix de guerre et de l'Ordre de Sainte-Anne de Russie,
Officier de l'Instruction publique.*

Qu'il trouve ici l'expression de notre
gratitude pour l'enseignement et les con-
seils qu'il nous a prodigués pendant
notre stage dans son service.

LES DIFFÉRENTES TECHNIQUES

DE

SUTURES PARIÉTALES

APRÈS HYSTÉRECTOMIES ABDOMINALES

INTRODUCTION

La manière d'inciser la paroi abdominale et de la suturer ensuite peut paraître une considération de minime importance comparativement au reste de l'intervention, et trop souvent on a considéré l'opération comme terminée lorsqu'il ne restait plus que le ventre à refermer.

Si l'on envisage le risque mortalité de la malade, il est évident que peu sont mortes du fait de la suture plus ou moins parfaite de leur paroi. Mais si l'on considère le résultat réel et définitif de l'opération, la question prend de l'importance, car, pour n'être pas mortelles, les complications n'en sont pas moins sérieuses. Trop souvent, en effet, on voit des lésions génitales guéries en trois semaines dont la plaie suppure pendant des mois. A la suite, la cicatrice est difforme, affaiblie et, dans un court délai, l'opérée revient pour se faire guérir d'une éventration aussi douloureuse que les lésions ancien-

nes. Nouvelle intervention, parfois fort difficile, fort douloureuse, qu'on aurait pu, semble-t-il, éviter. D'autre part, abstraction faite des complications de cet ordre, du seul point de vue esthétique, il y a bien quelque intérêt à ce que ces malheureuses, la plupart du temps jeunes, qui sont dans l'obligation de recourir à l'hystérectomie pour mettre un terme à leurs souffrances, ne se trouvent autrement affligées que de sutures nettes et de cicatrices modestes.

Nous nous proposons, dans ce court travail, de fournir, revue passée des incisions, un exposé des diverses techniques de sutures pariétales utilisées à ce jour, une étude des différentes complications survenues à leur suite et, comme terme de notre court travail, les moyens qui nous paraissent propres à y remédier.

Qu'il nous soit maintenant permis de ne pas résister à cette douce obligation préliminaire qui est de témoigner notre vive reconnaissance à nos Maîtres de la Faculté et des Hôpitaux, dont le dévouement et le zèle nous ont valu de recueillir aujourd'hui le fruit de leçons et de conseils avisés. Nous voulons aussi étendre ce témoignage de respectueuse reconnaissance à M. le Docteur Jean Rougier, chirurgien de l'Hôpital de Cahors, dont l'expérience et l'amitié ont tout à la fois agrandi le cadre de nos études et dirigé vers des fins pratiques nos connaissances spéculatives.

Nous exprimons en particulier nos sentiments de profonde gratitude à M. le Professeur Guyot, qui nous fait le grand honneur de présider notre thèse inaugurale.

CHAPITRE PREMIER

LES INCISIONS

Au Congrès de gynécologie tenu à Genève en 1896, qui traita des sutures pariétales après les opérations portant sur le pelvis de la femme, La Torre envisagea cette question à un triple point de vue :

- les tissus à inciser;
- les fils employés;
- la suture elle-même.

Insistant particulièrement sur le choix des tissus à inciser, il s'étonne que l'on ait jusqu'à ce moment négligé un facteur aussi important. « En effet, dit-il, partant de ce principe que la hernie est due à la mauvaise réunion du plan musculo-aponévrotique, qu'il est indispensable de fermer ce plan, et que, souvent, on n'y arrive pas malgré de bons fils et une bonne suture, on est contraint d'admettre qu'il y a un autre facteur dont on ne tient pas assez compte. Ce facteur n'est autre que les tissus à inciser. »

Suivant La Torre dans ses conclusions, nous allons donc nous occuper de l'incision avant de parler de la suture.

C'est à Spencer Wells que l'on doit le principe de l'incision médiane sous-ombilicale. L'origine, cependant, en remonte à Moriceau, qui pratiquait l'opération césarienne *post mortem* en faisant une incision médiane longitudinale. Ainsi il s'opposait à Rousset, qui incisait sur le côté. Jusqu'à ces dernières années, aucun des chirurgiens ne s'était éloigné de cette technique, au point que La Torre pouvait écrire, en 1897, que l'incision médiane sur la ligne blanche était pour ainsi dire

la seule acceptée. Cependant, dès les premiers ovariétomistes (Mercier, Natham, Smith), on vit qu'une incision et une suture de la ligne blanche ne donnaient pas une cicatrice solide. Mac Donald, l'ancêtre de l'ovariétomie, en 1809, pour ses deux premières extirpations d'annexes, avait ouvert l'abdomen par une incision passant au niveau du bord extérieur du grand droit.

La chirurgie gynécologique, à la suite de Nelaton, Kœberlé, Lawson Tait, Terrier, Pozzi, prit un brillant essor, et la longue expérience de l'incision longitudinale pratiquée par des générations de chirurgiens fit voir, à côté de ses avantages incontestables, un inconvénient majeur: le risque de l'éventration. Dieulafoy, de son côté, lors de la grande lutte médico-chirurgicale au sujet de l'appendicite, reprochait entre autres choses aux chirurgiens de balafrer leurs opérés, mot qui fit fortune parmi les malades. De cette boutade, et non, comme on a tendance à le croire, d'une doctrine d'école, est né le procédé d'incision de Pfannenstiel. Aussi bien son histoire n'est-elle qu'un parallèle avec la longitudinale. Mais il ne faut pas, dans un esprit de système, opposer l'une à l'autre ces deux incisions. Elles conduisent, quoique par des voies différentes, sur le même terrain. Chacune d'elles a ses raisons d'être, ses indications, sa valeur, dans des limites propres et déterminées.

En somme, pour aborder le pelvis chez la femme, pour y pratiquer une hystérectomie subtotale, totale ou élargie, deux systèmes d'incision sont en présence :

la longitudinale;

les incisions transversales.

I. — Incision médiane sous-ombilicale.

La question qui se pose est celle-ci : Où doit-on inciser ? Sur la ligne médiane ou en plein muscle ? Nous croyons pouvoir dire que l'incision du muscle est peu pratiquée, et nous prendrons comme type de technique celle qui est la plus employée.

La malade étant mise en position déclive, on pratique sur la ligne médiane, un peu au-dessus de l'espace qui sépare l'ombilic et le pubis, une incision, sans rechercher exactement les interstices des muscles droits. L'aponévrose est repérée, puis incisée; on résèque la ligne blanche; les gaines musculaires sont ainsi ouvertes sur toute l'étendue de l'incision. On arrive de cette manière sur le fascia transversalis, dans les mailles duquel la graisse péritonéale est parfois très développée. On soulève la séreuse avec des pinces et, dans le pli ainsi formé, on ouvre le péritoine. On glisse deux doigts sous la séreuse, que l'on divise, tout en soulevant la paroi abdominale. En agrandissant l'ouverture péritonéale par le bas, il faut avoir soin d'examiner la séreuse par transparence pour éviter de blesser la vessie, souvent déplacée par les tumeurs de l'utérus. Si l'ouverture doit dépasser l'ombilic, c'est à gauche que l'on incisera, afin d'éviter cette région, d'une désinfection si difficile que des auteurs en ont proposé la résection.

La longueur de l'incision de la paroi abdominale est variable. Pour les hystérectomies subtotaux pour annexites ou petits fibromes, l'incision est en général de 11 à 12 centimètres. Elle pourra être augmentée dans le Wertheim par exemple.

La petitesse de l'incision a son importance :

a) La première est que le résultat esthétique doit toujours entrer en ligne de compte.

b) La seconde est que, plus l'incision est petite, plus la suture musculo-aponévrotique est facile à réaliser parfaitement et moins grandes sont les chances d'éventration, puisque moins grande est l'étendue de la ligne au niveau de laquelle peut se faire cette éventration.

II. — Les incisions transversales.

Parmi celles-ci, il faut distinguer :

1° L'incision cruciale supra-symphysaire de Küstner, aussi

dénommée incision esthétique de Rapin, de Lausanne, où seuls la peau et le tissu cellulaire sont incisés transversalement.

2° L'incision transversale de Bardeuhener, qui, tendue des épines iliaques à la région supra-symphysaire, et fortement concave en haut, divise au contraire transversalement tous les plans y compris le péritoine. Le jour énorme que donne cette incision était acquis au prix d'une telle mutilation qu'elle a été abandonnée.

3° L'incision de Pfannenstiel, qui comprend plusieurs temps.

a) TEMPS SUS-APONÉVROTIQUE. — Après recherche des points de repère (épine iliaque antérieure et supérieure, bord supérieur du pubis), incision de la peau suivant le pli cutané supra-symphysaire à la limite des poils (type bas), ou au pli abdominal transverse (type haut). Longueur d'incision variable suivant les chirurgiens; ne doit pas être supérieure à 12 centimètres sous peine de dépasser le bord externe des droits et de faire perdre à la malade le bénéfice de l'incision. Le tissu cellulaire est incisé dans la même direction sans le décoller pour ne pas provoquer la formation d'un espace mort, qui est souvent le point de départ de la suppuration.

b) TEMPS APONÉVROTIQUE. — Suivre exactement le ras de la lèvre supérieure de l'incision précédente. Reste à décoller en haut et en bas au moyen d'une pince de Museux ou de Doyen l'aponévrose de la ligne blanche en la détachant au ciseau. Nécessité de ligaturer pendant cette manœuvre les petits vaisseaux, qui sont déchirés.

c) TEMPS MUSCULAIRE. — On sépare verticalement sur la ligne médiane les deux muscles droits l'un de l'autre.

d) TEMPS PÉRITONÉAL. — On incise le péritoine verticalement, un peu en dehors de l'axe de l'incision médiane, si l'on veut, sur une longueur susceptible d'atteindre 8 centimètres.

On peut s'y prendre de deux façons :

Ou bien on tire sur la lèvre gauche de la plaie pour provoquer un vide abdominal;

Ou bien on profite du moment où la malade fait une ins-

piration pour créer une petite boutonnière; de cette façon, on risque moins de léser la vessie ou l'intestin

On introduit alors un écarteur dans la fente ainsi créée. Par cet artifice, l'incision transversale est transformée en une incision longitudinale, et le chirurgien, qui voit bien maintenant la préconise dans 85 p. 100 de leurs interventions.

Quelle est l'incision que le gynécologue devra pratiquer ? Malgré les avantages que semble procurer l'incision de Pfannenstiël, il se trouve à l'heure actuelle bon nombre de chirurgiens qui ne l'emploient jamais. D'autres, comme Faure, Béguin, Walther, ne lui reconnaissant d'autre supériorité que de ménager l'esthétique, ne lui accordent qu'une place infime dans leurs interventions. Enfin, un troisième groupé de chirurgiens, qui comprend surtout des Lyonnais et des Belges, la préconise dans 85 p. 100 de leurs interventions.

L'étendue de la voie d'accès en est cause. L'hystérectomie et surtout le Wertheim demandent un champ opératoire vaste que l'incision de Pfannenstiël ne peut donner. Elle nécessite une paroi souple, peu adipeuse, un diagnostic précis. Aussi devons-nous la réserver aux jeunes femmes et aux jeunes filles atteintes de petites tumeurs, dont Rousseau plaidait si bien la cause. Elle peut s'imposer de manière plus forte dans certaines professions qui exigent une intégrité de lignes.

Mais toutes les fois que l'on se trouvera en présence d'une tumeur d'accès difficile ou de volume exagéré, de diagnostic hésitant, chez une femme d'un certain âge à la paroi adipeuse, affaiblie par des grossesses antérieures, surtout si la tumeur est maligne, *a fortiori* en cas d'urgence, on aura recours à l'incision médiane sous-ombilicale classique. C'est ce que disait le professeur J.-L. Faure quand il écrivait : « qu'on préfère de temps en temps la laparotomie transversale pour de petites lésions, chez une jeune femme particulièrement soucieuse de conserver un ventre immaculé, à condition que la nature lui ait donné de quoi voiler la cicatrice, ce qui n'arrive pas toujours, je n'y contredis point. Mais quand on a dit à une

femme préoccupée de ses beautés cachées, même en dehors des plages à la mode, qu'une incision médiane rend l'opération plus aisée, qu'elle est aussi plus sûre et plus bénigne. elle est la première à renoncer à cette incision transversale vantée par quelque amie enthousiaste de sa cicatrice. Elle écoute ce conseil formel : avant tout, par-dessus tout, la simplicité, la facilité, la sécurité de l'opération. »

CHAPITRE II

LES MOYENS UTILISES POUR LA FERMETURE DE L'ABDOMEN.

Depuis que les interventions sur l'abdomen sont entrées dans les mœurs chirurgicales, après s'être occupés des différents procédés opératoires, les chirurgiens, voyant certains accidents imputables au dernier temps de l'opération, se sont mis à rechercher quelles étaient les meilleures méthodes en même temps que les matériaux les plus utiles pour obtenir rapidement la fermeture parfaite, rapide et durable de la paroi abdominale.

De nombreuses années se sont écoulées depuis le temps où les chirurgiens laissaient la cicatrisation s'opérer d'elle-même sans aucun artifice ou employaient les moyens les plus divers : épingles, broches, tendons.

C'est en 1814 que A. Cooper eut l'idée de recourir au catgut (boyau de mouton) pour les ligatures vasculaires, au même moment où un chirurgien de Philadelphie, Pfuseik, avait recours aux lanières de peau de daim non tannées. Les ligatures absorbables n'eurent pas beaucoup de succès; les résultats ont été tels, disait Bégin, en 1838, qu'aucun chirurgien, du moins en France, n'a cru convenable d'y recourir. C'est qu'en effet les ligatures perdues n'avaient d'intérêt que si la réunion par première intention était tentée. Or elle ne l'était pas, on échouait, ou bien encore on préférerait laisser les fils à ligature soie ou chanvre dépasser la plaie, incomplètement réunie. Inutile d'ajouter que les ligatures absorbables ne subissaient aucune stérilisation préalable. L'avènement de l'anti-

sepsie orienta ses adeptes vers la réunion primitive et les sutures perdues avec des fils résorbables.

De nos jours, on utilise le crin de Florence, la soie, les fils métalliques d'argent ou de bronze d'aluminium, les agrafes métalliques de Michel, le catgut surtout, dont les applications sont multiples. L'ère pastorienne a fait connaître les redoutables dangers d'introduire dans l'organisme les microbes, et c'est pour prévenir les complications immédiates ou éloignées en résultant que la préparation et la stérilisation de ce matériel est si minutieuse. Nous voulons simplement indiquer la méthode employée par le laboratoire spécialisé à cet effet pour la fourniture des différents services chirurgicaux des hospices de Bordeaux, dont celui de M. le Professeur Guyot.

Les crins de Florence, teints d'une couleur spéciale suivant leur calibre, sont placés dans des tubes en verre stériles, puis sont simplement stérilisés par un séjour d'une demi-heure à 120 degrés à l'autoclave. Ils sont conservés dans les tubes avec une petite quantité d'alcool absolu.

La soie tressée est placée sur de petits cadres en verre, puis mise un moment à l'étuve et, enfin, placée dans l'autoclave à 120 degrés pendant une durée d'une demi-heure. Les fils métalliques peuvent se stériliser par tous les procédés. L'emploi de l'autoclave est le meilleur.

De tout le matériel opératoire, le catgut, plus encore que le chloroforme, est l'objet de toutes les préoccupations du chirurgien. Un catgut doit être solide, souple, stérile. C'est dans cet ordre de gradations que sont formulés les vœux du chirurgien. C'est à l'obtention de ces qualités que s'exerce l'habileté des fabricants ou des hôpitaux qui le préparent eux-mêmes. Pour quelqu'un non prévenu, il semble *a priori* que ces propriétés sont faciles à obtenir; mais le désenchantement arrive bientôt dès que l'on veut passer de la théorie à la pratique. On constate rapidement que, souvent, le procédé capable d'assurer une bonne stérilisation compromet la solidité du fil et que la solidité elle-même n'est parfois obtenue qu'au détriment de la souplesse.

Les catguts sont tout d'abord dégraissés à l'éther pendant cinq heures, étirés et jaugés à la jauge de Pan. Les numéros vont du plus faible, 000, au plus fort, 4. Ils sont roulés sur des tubes de verre. On les dessèche ensuite par passage dans une étuve de Poupinel pendant une durée de cinq heures, à une température allant progressivement de 60 à 110 degrés. Ils sont alors placés dans des tubes auparavant lavés, puis desséchés, dans lesquels sont placés de petits tampons d'ouate hydrophile desséchés par un séjour de trois heures à l'étuve. Une fois les bobines de catgut placées dans les tubes, on met dans ceux-ci 2 cc. 3 d'alcool absolu. Ils sont alors fermés hermétiquement par une fermeture spéciale. Les tubes sont placés dans des boîtes spéciales, debout dans l'autoclave, une demi-heure à 120 degrés. A leur sortie ils sont numérotés et datés; de temps à autre, des échantillons sont prélevés aux fins de recherches bactériologiques s'il y a lieu.

CHAPITRE III

LES SUTURES PARIETALES

Avant que les affections génitales fussent entrées dans le domaine de la chirurgie abdominale, on avait rarement l'occasion de pratiquer des sutures de la paroi abdominale, sauf dans le cas de plaies pénétrantes de l'abdomen et souvent on se contentait de laisser la cicatrisation s'opérer à plat ou on faisait une suture quelconque. Dans les premiers temps de l'hystérectomie, les chirurgiens se demandèrent quelles précautions spéciales ils avaient à prendre pour refermer le ventre. Ils furent d'avis différents.

Kœberlé et Oelshausen regardaient la suture du péritoine comme inutile et dangereuse. Ils craignaient de voir le sang et le pus pénétrer dans la cavité abdominale si on piquait le péritoine. Clay alla jusqu'à prétendre que ce procédé augmentait la mortalité. D'autres, en particulier Spencer Wills, avaient compris l'utilité et l'importance qu'il y avait à suturer les feuilletés séreux. Il avait remarqué que les deux lèvres de la séreuse adhéraient rapidement et solidement entre elles, opposant ainsi une barrière efficace à la pénétration du pus dans l'abdomen; et cela en très peu de temps, comme il avait pu le constater à l'autopsie d'une femme morte vingt-quatre heures après une ovariectomie. Il attribuait aussi à cette manière de faire les adhérences de l'épiploon et de l'intestin à la paroi. Kœberlé comprit la nécessité de réunir les plans fibreux, mais pensait qu'il valait mieux laisser le péritoine s'affronter de lui-même au-dessous des points de suture. En 1874, Kœberlé proposa un nouveau mode de suture; faite

dans les lèvres mêmes de l'incision, elle ne comprenait de chaque côté que les tissus fibreux de la ligne blanche, n'interessant point le péritoine. Boekel, de Strasbourg, imagina de faire la suture profonde au catgut, ce qui permettait de fermer complètement la plaie. Werth, en 1879, avait déjà employé la suture perdue à points séparés.

Alors commence une nouvelle période de perfectionnement; on recherche les conditions que doit remplir une bonne suture et les moyens propres à y parvenir.

Déjà Kovaes avait inauguré la suture à triple étage. Au Congrès de chirurgie de 1888 et à la Société de chirurgie, Pozzi présente une note où il décrit la suture à trois étages et en vante les bons effets. En 1891, il montre les résultats qui ont entraîné la conviction et contribué à généraliser ce mode de suture. Cependant, certains chirurgiens ne voulurent pas abandonner la suture en un plan, tels Duplay, Trelat, Terrillon. Ce dernier, dans ses cliniques, donne son manuel opératoire et prétend n'avoir jamais eu d'éventration, sauf chez des femmes négligentes ou se livrant à de rudes travaux. D'autres, enfin, après avoir accepté la suture à trois étages, revinrent à la suture en un seul plan.

Donc, de nos jours, existent plusieurs techniques de suture pariétale après l'hystérectomie, soit que l'on réunisse en un seul plan les aponévroses, le péritoine ou la peau, soit que l'on réunisse séparément chacun de ces plans. D'autre part, les considérations anatomiques et surtout l'expérience clinique ont montré qu'à l'exception de quelques cas particuliers la section médiane convenait bien pour la majorité des hystérectomies abdominales. En effet, et nous l'avons déjà dit, l'incision de la ligne blanche permet de pénétrer dans la cavité péritonéale sans blesser aucune fibre musculaire. De plus, l'étude de la littérature nous a montré que la question du meilleur mode de fermeture de la plaie abdominale après l'hystérectomie est une de celles où la routine ne peut être employée, mais qui, au contraire, exige une appréciation

rigoureuse dans chaque cas particulier, l'un ou l'autre des modes proposés pouvant être le meilleur dans un cas et, d'autre part, ne valoir rien dans un autre.

I. — Suture en un plan.

C'est la suture la plus simple et aussi celle qui fut la première employée. La technique en est simple et facilement réalisable. Dans un premier temps, on traverse la peau, la couche grasseuse sous-cutanée, l'aponévrose musculaire, le muscle, le feuillet adipeux sous-péritonéal et le péritoine; sur la lèvre opposée de la plaie, dans un second temps, elle suit une direction inverse. A la surface cutanée, les points de suture sont appliqués à une distance d'environ 1 centimètre du bord de la plaie, mais, au niveau du péritoine, ils ne comprendront qu'un liséré étroit de cette séreuse. Cette suture se fait soit avec des fils métalliques (argent, bronze), soit avec des crins de Florence, doubles de préférence. Une aiguille de Pauchet ou de Doyen semble être la meilleure dans la réalisation de cette suture. Les points sont distants, sur la surface cutanée, de 2 centimètres, et il est préférable, pour obtenir une bonne coaptation des lèvres de la plaie, d'intercaler entre ces points de suture en masse quelques points de suture superficiels (n'intéressant que la peau).

Il est donc probable, d'après la technique qui vient d'être indiquée, que la suture en masse (*alias* en un plan) répond à toutes les conditions d'une bonne suture. Ces conditions quelles sont-elles?

1° Une bonne suture doit être aseptique; la suppuration doit être particulièrement redoutée du chirurgien, car elle retarde la cicatrisation.

Pour obtenir une bonne cicatrice, il faut que la plaie se réunisse par première intention : « Il faut, disait Lucas Championnière, pour qu'une cicatrice soit solide et puissante, qu'elle se passe vivement sans suppuration, les tissus étant dans le contact le plus immédiat.

Ces conditions se trouvent réalisées dans la suture en un plan, car la coaptation parfaite est réalisée entre les différents plans et aboutit à une restitution *ad integrum*. De plus, elle offre sur les sutures en étages toute la série des avantages suivants :

1° La nutrition de la cicatrice est beaucoup mieux garantie, respectant pour ainsi dire les adhérences des différents plans entre eux.

2° On n'y rencontre pas la formation des espaces morts, qui sont un des côtés défectueux de la suture en étages.

3° Les tissus subissent moins la traumatisation, légère sans doute, mais inévitable dans la suture étagée.

4° Enfin, en employant cette simple suture, on n'introduit pas dans les tissus une aussi grande quantité de corps étrangers susceptibles de devenir la source d'une irritation ou d'une suppuration.

A côté de ces avantages incontestables, auxquels nous en ajoutons un qui a son importance, celui de sa rapidité d'exécution, ses indications paraissent assez limitées. Elle nécessite, conditions anatomiques importantes, une couche de graisse pas trop épaisse, des muscles suffisamment développés, ce qui se rencontre surtout chez des femmes jeunes, une incision qui a pu être limitée à l'espace compris entre le pubis et l'ombilic. Cette suture a été sévèrement jugée. Dans la *Presse Médicale* du mois de novembre 1899, M. Jonnesco l'a proscrite en ces termes : « Quant à la suture en masse, elle est jugée, c'est la fin des sutures. » En 1896, au Congrès de Genève, La Torre, tout en reconnaissant qu'on a des éven-trations avec toutes sortes de sutures, se proclame nettement partisan de la suture en étages et il ajoute : « à condition qu'il y ait une parfaite coaptation des tissus dans toute l'étendue de l'incision et que les points ne soient pas trop serrés. » Il citait à ce propos la statistique dressée par Kurhm dans la clinique de Marburg :

Suture en un plan, 53 p. 100 de hernies;

Suture en étages, 10 p. 100 de hernies.

Sans doute, cette suture n'est pas applicable à tous les cas, nous l'avons vu. Nous lui ferons un reproche qui a son importance, celui, au moment de l'ablation des points, de faire passer un bout nécessairement septique du fil à travers le péritoine. Nous croyons qu'elle a une indication majeure, étant donné sa rapidité d'exécution, celle de terminer une opération shockante chez une femme dont l'état grave a nécessité une intervention urgente.

II. — Suture à deux plans.

Elle est à peu près complètement inutilisée de nos jours. De par sa technique, elle supprime quelques inconvénients de la suture en masse, principalement en réunissant à part le feuillet séreux. En effet, elle comprend un premier plan formé par la suture isolée du péritoine par un surjet au catgut, assurant une solide fermeture de la cavité abdominale; le reste de la plaie est réuni par des points de suture comprenant le muscle, l'aponévrose, la peau (deuxième plan) constituant un acheminement vers les fils extra-péritonéaux adoptés par la plupart des chirurgiens de nos jours.

Cette suture à deux étapes a été vantée par Bantock, de Londres, lorsque la patiente est menacée et que ses parois abdominales sont très minces. C'est, croyons-nous, sa seule indication.

III. — Suture à trois plans.

Cette suture, d'abord proposée par Kovaes, Tillmann, Bako et Hagedorn, fut bientôt adoptée, en Allemagne, par Schröder, Keller, Martin, en France par Doléris et Vulliet, mais c'est Pozzi qui fit à ce sujet la première communication au Congrès de chirurgie en 1888.

Elle se pratique en réunissant isolément :

- 1° le péritoine;
- 2° les muscles et leur aponévrose;
- 3° la peau.

1° SUTURE DU PÉRITOINE. — Elle peut se faire en surjet ou par points séparés.

a) *Surjet*. — C'est l'imitation de la couture du même nom employée pour coudre les étoffes. Pour cette sorte de suture, on se sert de catgut ou de soie et l'on prend un fil assez long pour aller d'un bout à l'autre de la plaie. Ceci fait, l'aiguille de Reverdin est passée aussi près que possible de l'un des angles de la plaie et on charge le fil de façon à avoir un chef court et un très long destiné à continuer la suture. On noue ensemble les chefs, comme dans un nœud ordinaire, et on abandonne le court, qui est placé dans une pince. Les points successifs sont faits à l'aide du long chef que l'aide tient en main, bien tendu, de façon à ce que le fil ne se desserre pas à mesure que l'on avance. Au moment de serrer un point, il ne faut pas lâcher le fil, mais le suivre en le maintenant jusqu'au ras de la plaie, sans quoi le point précédent se relâcherait. Pour terminer, il faut arrêter le surjet; dans le cas particulier, c'est ordinairement au niveau du pubis. On noue l'extrémité du fil au dernier point du surjet suffisamment étiré pour qu'on ait une anse assez longue.

Avantages et inconvénients du surjet. — Le surjet a l'avantage d'être plus rapide que la suture à points séparés. Lorsqu'on le fait avec soin, il assure aussi bien l'affrontement que la suture à points séparés. Par contre, le fil, étant plus long et restant plus longtemps dans la main de l'aide, a plus de chances de s'infecter. Cet inconvénient est exceptionnel, et, dans le service de M. le Professeur Guyot, le chirurgien et ses assistants ont coutume, pour l'éviter, de changer de gants avant de commencer la suture.

Si le surjet n'est pas serré avec soin, il ne produit qu'une réunion imparfaite du péritoine; d'autre part, si celui-ci n'est friable, il se déchire plus facilement qu'avec des points séparés.

b) *Suture à points séparés*. — Elle se fait comme une suture ordinaire; il faut placer les points en nombre suffisant pour que le péritoine ne bâille nulle part. Les fils doivent être coupés très ras pour en laisser la moindre quantité possible. Dans

cette suture, on remplace souvent le point simple par le point en U, qui expose moins à la déchirure de tissus friables.

2° PLAN MUSCULO-APONÉVROTIQUE. — Ce plan ne comprend que l'aponévrose dans les sutures pariétales après hystérectomie, puisque l'incision a porté sur la ligne blanche. Cette suture se fait soit par un surjet, soit par points séparés. Les deux bords de l'aponévrose étant repérés et maintenus par des pinces, on fait la suture avec la même technique que celle indiquée pour le péritoine, selon que l'on fait un surjet ou une suture à points séparés. Ordinairement, si le surjet péritonéal a été fait de haut en bas, le surjet est alors fait de bas en haut et les deux extrémités des fils peuvent être nouées ensemble.

3° PEAU. — On peut faire sur la peau soit une suture ordinaire — c'est celle qui est la plus communément employée — soit une suture intradermique dont il existe des techniques variées et qui sont commandées par des raisons sociales où le souci d'esthétique est primordial.

La suture ordinaire se fait au crin de Florence, quelquefois, mais rarement, au fil d'argent ou de bronze. Il faut placer les points assez près les uns des autres pour que la peau soit bien affrontée dans toute sa longueur. D'autre part, la moindre surface cruentée pouvant être la cause d'une infection primitive ou secondaire, ou tout au moins d'une cicatrice vicieuse, veiller à ce qu'aucune des lèvres de la plaie ne se replie en dedans, car présentant ainsi la surface cutanée de l'une à la surface cruentée de l'autre lèvre, on retarderait la réunion. Placer les points assez près de l'incision pour qu'au moment où on les serre la peau ne forme pas de plis. Ne pas trop les serrer, ce qui est une cause de douleurs initiales et parfois de troubles réflexes graves chez certaines malades particulièrement nerveuses.

Quel est maintenant le résultat de cette suture étagée. On lui a fait tout d'abord quelques reproches. Elle multiplie les fils perdus, soit dans le surjet séreux, soit dans l'affrontement musculaire. Cet inconvénient est bien rare de nos jours avec les

règles d'asepsie utilisées, car, à leur défaut, le fil perdu devient jusqu'à son élimination une cause de suppuration. La cicatrice est-elle moins nourrie? La suture en trois plans détruirait certaines petites anastomoses vasculaires entre la circulation profonde et superficielle. Nous ne le croyons pas. Quant à dire que la suture étagée, prédispose aux hématomes, nous croyons pouvoir dire que la ligature systématique des petits vaisseaux en est la plus sûre garantie.

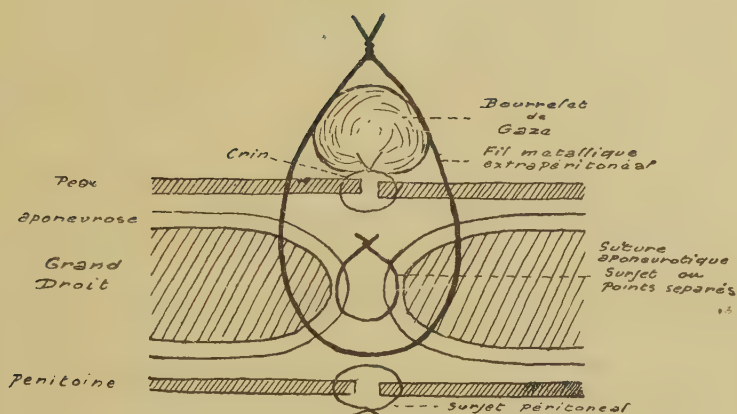
La suture à un plan a l'avantage d'être beaucoup plus rapide. Nous nous demandons si la prolongation de la suture à 3 étages imposée à l'opération n'est pas compensée largement par les avantages qu'elle peut avoir au point de vue de la solidité de la paroi.

Cette suture garantit d'abord le parallélisme des différents plans dont l'affrontement est fait sous les yeux du chirurgien. Les sutures superficielles peuvent ensuite être moins serrées, d'où cicatrice moins visible. Après l'ablation des sutures superficielles, elle garantit l'intégrité de la cicatrice aponévrotique, qui est soutenue par les sutures profondes. De plus, si elle est complétée par la suture intradermique, elle ne laisse pas de trace. Enfin, comme l'a écrit J.-Louis Faure : « Il n'est pas douteux que la suture à trois plans soit plus régulièrement solide, plus rarement suivie d'éventrations et laisse à la suite une cicatrice beaucoup moins marquée. »

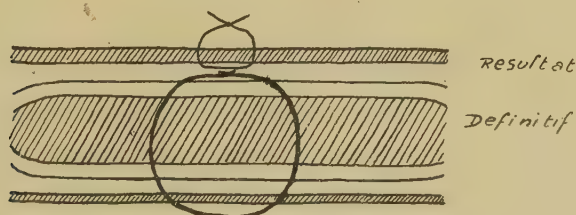
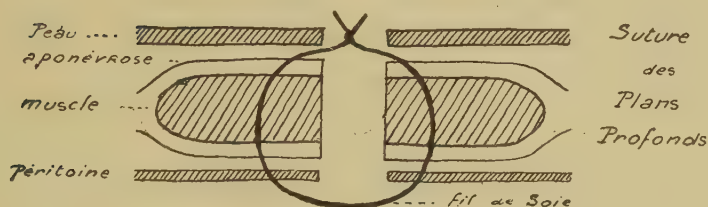
4° SUTURE A TROIS PLANS + FILS MÉTALLIQUES EXTRAPÉRITONÉAUX. — En vue d'assurer une solidité encore plus parfaite de la paroi abdominale, les chirurgiens ont pensé qu'il ne serait pas inutile de réunir par un système de suture à part, le muscle, l'aponévrose et la peau. C'est ce que pratique régulièrement M. le Professeur Guyot. Il procède de la sorte : après le surjet ordinaire du péritoine au catgut, avant de réunir par un surjet ou des points séparés l'aponévrose musculaire et dans l'intervalle des points, avec une aiguille de Pauchet, il charge successivement sur l'aiguille la peau, le muscle, l'aponévrose; de l'autre côté, la même chose, en suivant le chemin inverse; l'aiguille est chargée avec un fil métallique (argent ou

bronze), et ayant traversé les différents plans ci-dessus, ressort. Le fil métallique est alors abandonné, une pince à chaque extrémité. Ce n'est qu'une fois le plan superficiel de suture terminé que les fils sont serrés et ceux-ci sur un tampon de gaze, assurant un premier pansement rigoureusement aseptique et permanent destiné à n'être enlevé qu'avec les fils métalliques, c'est-à-dire le 11^e jour, comme on le pratique dans le service de M. le Professeur Guyot. C'est, on le voit, une sorte de suture en masse superposée à une suture à étages, le péritoine restant en dehors. On obtient de la sorte une contention parfaite des différents plans entre eux, assurant un solide soutien de la paroi dans les premiers jours pendant lesquels s'opère la restauration anatomique. De plus, elle a sur la suture en masse à fils métalliques un double avantage. Tout d'abord, la sécurité de n'avoir pas pincé dans l'anse du point une anse intestinale, chose rare, et surtout, au moment de l'ablation des fils, aucun danger d'infection péritonéale par le bout septique du fil, celui-ci passant en dehors de la séreuse. Elle facilite la facture du pansement de par la présence du tampon de gaze fixé solidement à la plaie, n'occasionnant aucune irritation. D'autre part, si, pour une raison quelconque, on était dans l'obligation d'enlever le tampon de gaze (à cause d'une suppuration ou d'un hématome, celui-ci, étant placé au-dessus d'un ou deux tours de serrage des points, il est très aisé de le remplacer si besoin est.

5° SUTURE APRÈS INCISION DE PFANNENSTIEL. — De par sa facture, l'incision de Pfannenstiël demande une technique toute particulière de suture. L'opération terminée, la fermeture du péritoine se fait par un surjet au catgut. L'attention de l'opérateur doit se porter sur deux précautions à prendre, et qui n'offrent d'ailleurs aucune difficulté: tout d'abord, le lambeau cutané doit être relevé le plus haut possible afin qu'on place bien les points supérieurs de la suture péritonéale; ensuite, il faut mettre la malade en position horizontale avant de terminer la suture de la séreuse afin que l'air soit chassé de la cavité abdominale.



*Suture à Trois étages
+ fils métalliques extrapéritoneaux*



Suture du Professeur Grégoire

Le rapprochement des muscles droits s'opère par quelques points séparés au catgut. Il est important de placer le premier point le plus haut possible pour empêcher la formation d'un espace mort là où la ligne blanche, cessant d'être incisée, met obstacle à la coaptation des droits et laisse se produire entre ces muscles un espace vide triangulaire qu'il faut faire disparaître.

On doit également soigner la suture de la partie inférieure des muscles droits au niveau du point où s'entre-croisent l'écartement musculaire et l'incision transversale de l'aponévrose puisque c'est là le seul « *locus minoris resistentiæ* ».

Un point prend les deux petits muscles pyramidaux et les insertions inférieures des muscles droits. On a l'habitude de placer ces points de suture, dont le nombre ne dépasse pas quatre ou cinq, à l'aide d'une aiguille mousse (l'aiguille de Deschamps), afin de ne pas causer de lésions dans la masse musculaire, dont les fibres s'écartent et ne se déchirent pas. Pour la même raison, les catguts ne sont pas serrés étroitement, mais noués dès que les fibres sont en contact. Les lèvres de l'aponévrose se rapprochent aisément; on passe au milieu de ses deux bords un long fil de catgut, qu'on noue, et l'on se sert des deux chefs pour faire un surjet allant de la ligne médiane à l'extrémité de la plaie de chaque côté. Avant de terminer le surjet aponévrotique on appuie à l'aide d'une compresse sur cette aponévrose pour chasser l'air de la plaie et bien appliquer l'une contre l'autre les deux couches aponévrotique et musculaire. On pourrait, dans le même but, prendre dans les sutures les fibres musculaires des droits mais leur rupture occasionne assez souvent des hématomes. Sur le tissu cellulaire sous-cutané on peut placer trois ou quatre points perdus qui le réunissent et l'on suture la plaie avec des crins de Florence.

Nous n'avons pas à critiquer ici cette suture spéciale. Nous avons fait quelques objections quand nous avons décrit l'incision. Les mêmes critiques pourraient s'appliquer ici. On a, au total, une suture solide et, au demeurant, très esthétique si on y ajoute une suture intradermique de la peau.

6° LE PROCÉDÉ DE SUTURE DU PROFESSEUR GRÉGOIRE. — Le Professeur R. Grégoire utilise un procédé de fermeture un peu spécial, non pas seulement dans les hystérectomies, mais, en principe, dans toutes les laparotomies sous-ombilicales. C'est, en somme, une suture à deux plans; le matériel de suture seul est différent.

Il emploie de la soie plate tressée, stérilisée d'une façon un peu spéciale par une maison de Paris. Cette soie sert à refermer en un plan le péritoine et l'aponévrose, c'est-à-dire qu'avec une aiguille courbe de Réverdin on charge d'un côté d'abord le feuillet antérieur de la gaine des droits, puis le muscle, puis le feuillet postérieur, puis le péritoine et, du côté opposé, on charge les mêmes tissus dans l'ordre inverse. On noue en faisant un simple nœud droit, la soie ne dérapant jamais. On complète la suture par celle de la peau, que l'on fait aux crins.

7° SUTURES PROFONDES A POINTS PERDUS DE CHALIER. — Le Professeur André Chalié, de Lyon, utilise depuis quelque temps un point de suture nouveau et qui peut rendre de grands services dans la chirurgie gynécologique.

Ce point est simple, constitué comme le point de suture ordinaire par une anse et un nœud double ou triple. La seule particularité est d'être un « point inversé », c'est-à-dire que le nœud n'est pas superficiel mais profond, situé en arrière des deux lèvres réunies par la suture. Tandis que dans le point de suture ordinaire les deux chefs du fil ressortent par la face superficielle des deux lèvres que le serrage va affronter et accoler, dans le nouveau point les deux chefs ressortent par la face profonde de chaque lèvre et le serrage de ces deux chefs place obligatoirement le nœud à la face profonde.

Son utilisation principale est pour la suture à points perdus des lames aponévrotiques, et il pense que, si l'on veut obtenir une solidité parfaite, il est nécessaire de recourir, pour les sutures aponévrotiques, aux points perdus exécutés avec un matériel non résorbable. Il se sert systématiquement de crins de Florence un peu forts, qui joignent aux avantages de la

solidité ceux de l'asepsie et de la tolérance la plus complète.

Son seul inconvénient était, dans la suture classique, de traduire sa présence par des nœuds assez volumineux qui pouvaient se percevoir à travers la peau et qui, sans être douloureux, intriguaient bon nombre d'opérés. En somme, c'est une suture particulière de la lame aponévrotique au milieu de l'exécution classique d'une suture à trois étages.

Grâce à la sécurité qu'elle donne, elle permet le lever précoce, dont nous parlerons un peu plus loin.

CHAPITRE IV

SUTURE ET DRAINAGE

Le drainage, parfois, complique un peu la fermeture parfaite de la paroi. Il est fréquemment à l'origine des complications qui retardent ou empêchent la réunion primitive de la plaie abdominale. Nous ne voulons parler ici que du drainage abdominal, le drainage vaginal tel qu'il est pratiqué dans certaines hystérectomies n'intéressant pas notre sujet.

Il est permis de dire aujourd'hui que dans les interventions ordinaires le drainage peut n'avoir que des indications restreintes quand l'asepsie est rigoureuse. Le péritoine qui tapisse le petit bassin chez la femme est une séreuse qui se défend très bien, mais il est des cas où il est de toute nécessité de le protéger. Les diverses indications sont tirées :

De la durée de l'opération, surtout s'il y a des adhérences étendues;

De l'exsudation séreuse, même quand l'hémostase a été complète;

Des hémorragies; même s'il y a un suintement, fût-il léger, il faut recourir au drainage;

De la rupture, au cours d'intervention, de poches à contenu septique;

Quand l'extirpation totale d'annexes, par exemple, a été impossible et qu'alors il y a persistance de tissus morbides et infectants;

Quand il y a péritonite supprimée.

En résumé, le drainage du péritoine après hystérectomies répond à deux indications : hémorragie et infection. Il y a, en outre, un drainage de sécurité, dirons-nous, qui fait que

bon nombre de gynécologues systématiquement y recourent.

Nous avons à considérer deux variétés de drainage :

1° Drainage par les tubes simples;

2° Drainage capillaire.

1° DRAINAGE TUBULAIRE. — Ce mode de drainage est le premier qui ait été employé, par Kœberlé, au cours des laparotomies du domaine gynécologique. Cet auteur conseillait de laisser un tube de verre au point déclive, pour assurer l'écoulement des liquides produits par les surfaces cruentées par le cul-de-sac de Douglas.

Le principe du drainage tubulaire, quel que soit le modèle employé, est le même. C'est un tube de sûreté mis, autant que possible, au point déclive de la plaie cruentée ou péritonisée, qui transforme un foyer ouvert en un foyer fermé. Il agit comme une soupape de sûreté pour permettre l'écoulement des liquides sécrétés au niveau du foyer, évitant la stagnation et l'infection possible.

Les variétés de drains employés sont considérables. On en fait en caoutchouc dur, mou, en verre, en argent, en aluminium. Les uns sont perforés latéralement. Savoriaud donne la préférence à la sonde de Pezzer et aux drains en croix.

A quelque modèle qu'on s'en tienne (le plus généralement en caoutchouc souple), il est indispensable que la fermeture de l'incision soit complète, seule condition qui permette à la pression intra-abdominale de refouler les liquides formés à son intérieur. De plus il semble démontré de manière certaine :

a) Que le drain, quels que soient son calibre et sa nature, ne draine effectivement, au point de vue physique, que pendant un nombre d'heures restreint;

b) Qu'au bout de ce laps de temps il est complètement isolé de la grande cavité péritonéale par des adhérences, qui lui forment comme un manchon.

On le place de la façon suivante : Après avoir péritonisé avec soin le petit bassin et l'avoir asséché soigneusement, on dispose l'extrémité du tube dans le cul-de-sac de Douglas ou sur telle partie du petit bassin que l'on suppose devoir don-

ner naissance à un suintement plus ou moins abondant. Il est prudent alors de rabattre le tablier épiploïque au-devant des anses grêles, de telle sorte qu'on isole d'une façon à peu près complète la grande cavité péritonéale du petit bassin. Le tube sortira par l'extrémité pelvienne de la plaie et y sera fixé par un point de suture à la paroi.

Il est enlevé, normalement, au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures.

2° DRAINAGE CAPILLAIRE. — Il est réalisé soit par les mèches, soit par le Mikulicz.

a) *Les mèches.* — Les simples mèches de gaze, iodoformées ou non, partant du fond du petit bassin et sortant par la plaie abdominale, sont peu utilisées. Elles tamponnent plutôt qu'elles ne drainent. Et pour peu qu'elles s'étranglent légèrement aux lèvres de la plaie, elles gênent l'issue des liquides, au lieu de favoriser leur sortie. Leur extraction, au troisième ou au quatrième jour, est pénible. Il y a des adhérences entre les mèches et l'intestin, et l'on attire souvent au dehors des lambeaux épiploïques que l'on a grand'peine à refouler. Si l'on attend pour les enlever le dixième ou le douzième jour, cette façon de procéder a le gros inconvénient de prolonger singulièrement le temps demandé pour la guérison, en outre qu'elle provoque parfois des fistules persistantes ou des éventrations définitives.

b) *Le Mikulicz.* — Nous n'avons pas l'intention dans ce court aperçu de traiter à fond ce mode de tamponnement capillaire; notre sujet se borne à ses rapports avec la fermeture de l'abdomen. Qu'il nous soit permis cependant d'en énumérer ses indications et ses avantages succinctement.

Il réalise le drainage capillaire plus sûr, plus régulier dans son action que le drainage par simple drain en caoutchouc. D'autre part, il présente sur les mèches simples des avantages. Ces dernières, souvent pelotonnées sur elles-mêmes, sont difficiles à étaler sur la surface à drainer, surtout leur extraction est délicate et douloureuse.

Les indications sont précises : hystérectomie large pour can-

cer du col; interventions pour salpingite, fibrome, kyste de l'ovaire, grossesse extra-utérine, soit qu'on ait travaillé en foyer d'apparence nettement septique, soit que l'existence d'adhérences ait rendu la libération particulièrement délicate.

Mise en place. — L'intervention terminée, la malade maintenue toujours en position déclive, les champs qui protégeaient la masse intestinale sont enlevés. La valve pubienne maintenue en place pour donner du jour sur le petit bassin, on procède à la mise en place du Mikulicz. Le sac est porté avec une pince, fil en dedans au fond de la cavité pelvienne, et largement étalé dans cette cavité. Les bords seront rejetés à l'extérieur au pourtour de l'orifice d'incision. On aura soin également de rejeter et de repérer le fil attaché au fond du sac, qu'un signe distinctif permettra de ne pas confondre avec les fils des mèches lors de pansements ultérieurs.

Eventuellement, on pourra placer au-dessus du sac un drain de caoutchouc contribuant au drainage, mais plus particulièrement destiné à injecter de l'eau oxygénée, qui favorisera le décollement du sac. On bourrera ensuite le sac avec des mèches qui seront placées successivement d'après leur numérotage, en s'assurant que l'extrémité de chaque mèche reste hors de l'abdomen.

Le remplissage du sac terminé, sac et mèches sont amenés à l'extrémité supérieure de l'incision. Cette suture peut se faire comme à l'habitude, c'est-à-dire après surjet péritonéal, points extra-péritonéaux prenant la paroi en masse, et destinés à être serrés sur un bourrelet, plan aponévrotique et dernier plan cutané.

Comme le Mikulicz a été souvent mis en place à la suite d'une longue intervention, il peut être parfois indiqué pour terminer rapidement chez des malades fatiguées la fermeture de la paroi en un seul plan. Dans tous les cas, il est une pratique à déconseiller : celle qui consiste à laisser, perdus dans la paroi, des fils non résorbables. Ils seraient mal tolérés et pourraient entraîner la formation de fistules persistantes.

A l'extrémité inférieure de la suture, il est bon d'étrangler légèrement le sac, tant dans le but d'éviter l'issue possible des anses intestinales que pour obtenir une meilleure cicatrice. On peut même placer à ce niveau un fil d'attente, qui sera serré après retrait du sac.

Résultats du Mikulicz. — On accuse ce mode de drainage de provoquer le plus grand nombre de complications éloignées et une mauvaise fermeture de l'abdomen. En dehors des résultats qui s'attachent à la moindre mortalité immédiate, les suites opératoires sont ordinairement simples. Convalescence retardée, dira-t-on. Est-ce une objection sérieuse, si la guérison est obtenue à ce prix? Fistules cutanées persistantes, fistules stercorales, fistules recto-vaginales, sont très rares. Quant à l'éventration, elle était considérée comme très fréquente, 50 p. 100 des cas d'après Igonet. En réalité, si la paroi a été soigneusement faite, en serrant un peu le sac on n'en observe guère. J.-L. Fauré en évalue la fréquence à 10 p. 100.

Souvent il y a une paroi excellente; parfois un point un peu faible au bas de la cicatrice, mais pas d'éventration véritable. La cicatrice elle-même s'atténue à la longue, au point de paraître fort peu. Elle peut même se dissimuler dans les poils du pubis.

CHAPITRE V

LES COMPLICATIONS

I. — La cicatrice.

La cicatrice peut-elle faire partie des complications? La cicatrice est une tare, écrivait Morestin. La chirurgie, pour se livrer à ses œuvres, se crée un chemin à travers les profondeurs organiques, ne produisant presque toujours qu'une solution de continuité de l'enveloppe cutanée, où elle laisse la trace indélébile de son passage. Le bistouri laisse une cicatrice toujours.

La cicatrice est non pas une tare, mais un stigmate, c'est-à-dire un signe permanent d'une effraction antérieure. La chirurgie est stigmatisante. Nous voulons dire qu'elle applique sa signature ineffaçable sur l'organisme où elle s'est exercée. Aussi peut-on désirer que, désormais, dans une certaine mesure, elle garde un caractère anonyme.

Il est bien difficile cependant d'éviter que l'empreinte chirurgicale ne soit aperçue. La préoccupation est certaine chez la majorité des malades de ne pas conserver de marques évidentes d'une opération, soit que celles-ci rompent l'harmonie de leur esthétique, soit qu'elles indiquent ou permettent de soupçonner une affection antérieure pour laquelle il a fallu intervenir. Nombre de femmes ne tiennent pas à avoir une cicatrice à l'abdomen, capable de porter à la fois atteinte à la plastique et indication de la perte de leur utérus ou leurs annexes.

Les complications septiques, si fréquentes autrefois et tou-

jours redoutables, ne permettaient guère aux opérateurs de jadis de se soucier de cette conséquence de leurs interventions. Ils n'entraient en action qu'en cas d'urgence absolue, quand la vie était en jeu, et le risque d'une cicatrice disgracieuse leur apparaissait une considération d'ordre tout à fait secondaire. Aujourd'hui, l'antisepsie, par cela seul qu'elle a favorisé la réunion par première intention, a fait faire simultanément un grand pas à l'esthétique chirurgicale en réduisant de plus en plus l'étendue des cicatrices. Malheureusement, pour le sujet que nous traitons, il est très difficile d'utiliser les sutures intradermiques, qui demandent des techniques spéciales, à indications restreintes, et dont la facture demande un temps assez long.

En suturant la paroi, le chirurgien signe son ouvrage, c'est un souvenir qu'il laisse à la malade. Il doit employer toute sa coquetterie à rendre ce souvenir aussi peu disgracieux, aussi peu douloureux que possible.

II. — Les suppurations.

1° ABCÈS DE LA PAROI. — L'infection peut être apportée dans la plaie par les mains du chirurgien ou de ses aides, par ses instruments, des champs, des fils de ligature non stériles. Il s'agit d'une faute de stérilisation ou de technique.

L'infection peut également être due à une désinfection insuffisante de la peau de la malade dans la région opératoire; une lésion cutanée en apparence insignifiante peut entraîner des suppurations pariétales graves. Enfin le germe qui infecte peut venir du foyer abdominal lui-même lorsqu'on intervient pour une lésion viscérale septique : péritonite suppurée d'origine annexielle par exemple.

Un hématome pariétal s'infecte facilement dans ces conditions et favorise l'apparition de la suppuration. Ces abcès postopératoires peuvent être superficiels ou occuper toute l'épaisseur de la paroi jusqu'au péritoine. Ils peuvent s'étén-

dre largement en surface. Leur mode d'extension dépend du siège de l'incision :

Phlégmon de la gaine des droits dans l'incision verticale;

Phlegmon de la cavité de Retzius dans le Pfannens-tiel.

Ordinairement ces suppurations, rares en elles-mêmes, évoluent d'une manière assez bénigne. A partir du troisième ou quatrième jour, on voit la température monter à 38-38° le soir sans qu'il existe de phénomènes abdominaux inquiétants. L'opérée se plaint parfois d'une sensation de tension, de lancement au niveau de la plaie. Si l'on défait le pansement, on constate que la peau est tendue, lisse, légèrement cedématisée; en palpant, on sent une zone indurée de chaque côté de la ligne de suture. Si l'on introduit une sonde canelée entre deux points, on voit sourdre le pus. Dans la plupart des cas, il suffit de désunir la plaie sur une longueur de 2 ou 3 centimètres pour que le pus s'élimine, et la cicatrisation n'est retardée que de quelques jours.

Dans les cas plus sérieux, on est obligé de désunir entièrement la plaie, et, si l'abcès intéresse toute l'épaisseur de la paroi, une éviscération est à craindre. Pour éviter cette sérieuse complication, quelques précautions, nous l'avons vu, sont à prendre : stérilisation parfaite des champs, des instruments et des fils de suture, désinfection aussi soigneuse que possible de la région où doit porter l'intervention, et surtout, précaution dont nous avons déjà parlé, changer de gants au moment de la réfection de la paroi. En agissant de la sorte, ces accidents ont presque entièrement disparu.

2° LES HÉMATOMES DE LA PAROI. — Complication beaucoup plus bénigne que celle dont nous venons de parler, indépendante du chirurgien lui-même, car l'hémostase la plus soignée n'en met pas à l'abri. Un petit suintement en nappe peut continuer, et, rapidement, l'hématome est constitué. Au bout de un ou deux jours, une très légère élévation thermique, un peu d'agitation chez l'opérée, attirent l'attention

du chirurgien vers la plaie abdominale. Le pansement défait, on remarque un léger empâtement au niveau de la cicatrice, en même temps que la palpation révèle une douleur au niveau de la plaie, le ventre restant parfaitement souple. Une sonde cannelée suffit ordinairement à en assurer l'écoulement. au besoin un point peut être enlevé et un drain de tout petit calibre est placé dans la plaie. S'il ne s'infecte pas, chose rare de nos jours, la guérison n'en est pas pour ce léger accident retardée. Nous ne parlons pas ici de ces vastes hématomes disséquants de la gaine des droits, complication à peu près inconnue de nos jours.

3° LES FISTULES OPÉRATOIRES. — Les fistules constituent une des complications éloignées assez fréquentes à la suite des opérations abdominales, surtout de la laparotomie et de l'hystérectomie.

Les fistules purulentes sont celles qui s'observent le plus fréquemment. Leur persistance, leur ténacité, atténuent quelquefois, pour les malades qui en sont atteintes, le bénéfice de l'opération. Elles sont une source de préoccupations et de souffrances et imposent souvent la nécessité d'une seconde intervention. A la suite d'une hystérectomie, les fistules purulentes, bien que relevant toutes de l'infection, tiennent à plusieurs causes.

Les unes sont superficielles et tiennent à une infection de la plaie de la paroi, à la suppuration d'un fil de catgut impur. Elles sont moins tenaces que les autres. Elles s'oblitérent d'elles-mêmes après l'élimination d'un fil. Les autres sont profondes et ont leur source dans le foyer primitif de l'infection, dans la région du pédicule; tantôt elles sont la conséquence et la suite naturelle d'un drainage effectué au moment même de l'opération. Tantôt elles s'observent en dehors du drainage. Elles résultent alors de l'infection par le fil de ligature d'un pédicule profond, soit par les mains de l'opérateur, soit par le moignon infecté, par exemple d'une trompe enlevée. L'élimination du fil est longue à faire, souvent elle ne se fait pas du tout, la fistule persiste pendant des mois et

des années, se fermant de temps en temps et s'ouvrant par intermittences. Les malades souffrent. La suppuration persistante devient un ennui, une source de découragement; il est nécessaire de rouvrir la plaie, de débrider le trajet et d'enlever le fil suspect. Une fois celui-ci enlevé, la guérison ne tarde pas à se produire. D'autres fois, la fistule a pour point de départ des débris annexiels conservés après décortication incomplète. Elle conduit à pratiquer une laparotomie.

II. — L'éventration postopératoire.

A la suite d'une laparotomie, on a vu après l'ablation des fils la paroi se disjoindre sous l'influence d'un effort, les intestins s'échapper à l'extérieur. Ces éventrations traumatiques exceptionnelles doivent être réparées sur l'heure par la désinfection et la réduction des anses intestinales, la fermeture de la paroi et l'établissement d'un drainage de sûreté.

En général, ce n'est que plus tard que la cicatrice abdominale, jusqu'alors solide et assez bien constituée, se distend en tout ou en partie, se soulève, et, dans le soulèvement ainsi formé, les anses intestinales ou l'épiploon s'engagent, constituant une variété particulière de hernies, la hernie ou éventration postopératoire.

Cette complication éloignée n'est pas très fréquente. Peut-être cette rareté n'est-elle qu'apparente. Peut-être aussi est-on en droit de l'attribuer au fait que les chirurgiens perdent de vue leurs opérés.

Peut-être aussi ces dernières ne viennent-elles pas se soumettre à l'examen de leur opérateur lorsque l'éventration qu'elles portent ne constitue qu'une infirmité peu gênante, exempte de dangers immédiats.

Au Congrès de la Société allemande de gynécologie, tenu à Vienne, en janvier 1895, Winter disait, il est vrai, que, sur 1.000 opérations faites à la Clinique de Berlin, un tiers des femmes opérées étaient atteintes ultérieurement d'éventration. Mais pour les opérations auxquelles il faisait allusion, on n'avait pas eu recours à la suture à trois étages. Et sur une

série ultérieure de 212 opérations auxquelles on avait appliqué la suture à trois étages pour l'occlusion de la plaie, Winter ne trouvait plus que 5 p. 100 d'éventrations. Et encore celles-ci sont-elles beaucoup moins volumineuses que dans la première série. Zweifel arrive même à une proportion plus faible encore (2 p. 100), mais il est vrai qu'un certain nombre d'éventrations échappent aux recherches que l'on fait pour les retrouver. Il en est qui se produisent dix ou douze ans après l'opération, et Meller estime, avec raison, qu'une période de trois ans est nécessaire pour qu'il soit permis de se prononcer sur la validité et la résistance de la cicatrice.

Le volume de l'éventration est variable. Elle peut atteindre le volume d'une noix, d'une tête de fœtus. La forme est arrondie ou multilobée. Il est rare que la cicatrization se fasse tout entière à l'éventration. Le plus souvent elle ne s'effectue que sur un point de la cicatrice. Elle est en général réductible et en déprimant la peau, on perçoit l'orifice aponévrotique et un écartement des muscles droits. Quoi qu'il en soit, ces hernies peuvent siéger en des points variables de la paroi abdominale, ordinairement, dans les cas qui nous occupent, à hauteur de la ligne blanche, où leur siège se situe le plus fréquemment, en raison de l'incision que l'hystérectomie abdominale oblige à pratiquer à ce niveau. Plus rarement, il est vrai, on les découvre aussi au niveau de la région ombilicale, quand le chirurgien a dû nécessairement intéresser dans l'incision la cicatrice ombilicale.

Les circonstances qui sont de nature à favoriser la production d'une hernie peuvent être rangées sous différents chefs. Il n'est pas sans intérêt pour nous de les passer en revue, afin de les prévenir dans la mesure du possible.

1° En premier plan se trouve la suture en masse de la paroi. La statistique de Winter en fait foi. En effet, que se passe-t-il ? La graisse sous-péritonéale, le péritoine s'interposent entre les muscles. Le péritoine interposé aux muscles se réunit, mais faiblement. A la première poussée, des adhérences se décollent et créent entre les muscles une amorce pour la hernie. Cet inconvénient est une des causes d'abandon de cette suture.

2° Le défaut de réunion des bords aponévrotiques doit être considéré comme une cause constante de la hernie postopératoire. Aussi, toutes les fois qu'après une hystérectomie abdominale il y aura défaut de réunion du plan musculo-aponévrotique, soit que le chirurgien n'en ait pas pratiqué la suture, soit que celle-ci n'ait pas tenu, il en résultera une solution de continuité par laquelle pourra se faire la sortie des viscères. Ce n'est pas que la réunion ne puisse avoir lieu sans suture : la chose est possible, par exemple si la suture en masse a bien tous les feuillets. Nous appuyant sur la statistique de Winter, nous voyons bien que les deux tiers des opérées n'ont pas d'éventration, mais quelquefois de plus on observe ceci : Par suite de la section de la gaine fibreuse dont les bords sont rétractés, si l'incision n'a pas lieu exactement sur la ligne médiane, le tissu musculaire, ne trouvant pas au-devant de lui de plan résistant, aura tendance à s'écarter. C'est d'ailleurs pour prévenir cet accident que La Torre préconisait la résection de la ligne blanche et la suture directe des muscles droits. Ce phénomène se produira d'autant plus aisément que la malade sera atteinte d'obésité et que ses parois auront été peu distendues précédemment, car, dans ce cas, la pression abdominale sera plus forte et la rétraction des bords aponévrotiques extrême. Si, au contraire, l'abdomen a été distendu par un volumineux kyste de l'ovaire et si ses parois sont relâchées, le rapprochement des bords aponévrotiques sera plus aisé.

3° En sera la cause tout événement susceptible de faire suppurier la plaie et d'empêcher la réunion par première intention. Aussi, lorsque, le 16 novembre 1877, au cours d'une discussion qui portait sur la cure radicale des hernies, Th. Augé disait : « Je suis persuadé que la suppuration provoque invariablement une cicatrice plus épaisse et plus résistante », M. le Professeur Trélat pouvait intervenir pour déclarer, à son tour, qu'il n'avait vu se produire d'éventrations qu'à la suite d'une suppuration de la plaie abdominale.

Nous mentionnerons en premier lieu un pansement septique, et nous croyons inutile d'insister sur ce point. Des fils septiques

introduiront dans la plaie des germes qui seront cause, soit d'un abcès de la paroi, soit de suppuration de la plaie elle-même, aboutissant, dans les deux-cas, à la désunion des bords aponévrotiques.

4° S'il est presque toujours possible d'éviter les suppurations par des soins minutieux apportés, soit à l'opération, soit aux pansements, il existe des nécessités opératoires impérieuses qui ne sauraient permettre une réunion par première intention. Nous voulons parler des cas où il est obligatoire de drainer par la plaie abdominale.

M. Condamin a remarquablement étudié l'influence du drainage à la Mikulicz sur les hernies et éventrations. Par suite de la lenteur de la cicatrisation, il n'est pas rare de voir survenir une éventration siégeant ordinairement à la partie inférieure de l'incision, au-dessous du pubis, après la réunion volontairement secondaire qui s'effectue par bourgeonnement, sans qu'il y ait soudure directe des plans musculo-aponévrotiques.

Les tubes de drainage agissent à peu près de même. Mais cependant, à moins que ne survienne une suppuration, que les adhérences péritonéales ne soient rompues, au bout de douze à trente-six heures le drain est enlevé. Tout au plus ceci pourrait être à l'origine d'un point faible de la paroi.

5° Tout ce qui augmente la pression intra-abdominale au cours de la cicatrisation et avant son achèvement, favorise naturellement la production de l'éventration. La station debout, la marche, les efforts violents agiront ainsi; les secousses de la toux, les efforts de la défécation ou des vomissements (principalement dans la dilatation aiguë postopératoire) devront être évités le plus possible.

6° Il faut éviter, dans les suites éloignées des hystérectomies, comme susceptibles de provoquer des éventrations, tout ce qui risque d'affaiblir la cicatrice déjà existante : travaux pénibles, fatigue, attitudes professionnelles.

Ce que nous venons de rapporter quant à l'étiologie et la pathogénie des éventrations consécutives aux hystérectomies, et

d'une manière générale à toute laparotomie médiane sous-ombilicale, montre que pour nous prévenir de cette complication, il faudra s'efforcer d'éloigner toutes les conditions qui s'opposent au développement normal de la cicatrice :

a) La nécessité d'une parfaite réunion des lames aponévrotiques. Dans cet ordre d'idées et d'après les statistiques que nous avons sous les yeux : celle de Winter, de la clinique de Berlin (ancienne il est vrai), qui avant l'usage de la suture étagée avait 30 p. 100 de hernies et qui a vu ce chiffre tomber à 6 p. 100 depuis son emploi; celle de M. le Professeur Guyot, qui utilise la suture à trois étages avec fils de renforcement extra-péritonéaux, nous croyons devoir réserver la priorité à la suture étagée, pour éviter cet accident;

b) Eviter le renversement des bords du péritoine et de la peau dans la plaie, ainsi que l'enfoncement des masses du tissu adipeux entre les pans coupés de l'aponévrose;

c) Mettre la cicatrice de la paroi abdominale dans les meilleures conditions de nutrition et de développement;

d) Prévenir l'apparition des processus suppuratifs;

e) Préserver la cicatrice déjà formée de l'atrophie mécanique et des chocs par le port d'une ceinture et une gymnastique rationnelle;

f) Suivre les malades longtemps après l'opération, l'éventration pouvant se produire au bout de deux ou trois ans.

Quant aux éventrations succédant à une incision transversale, les statistiques sont encore plus favorables. Pfannenstiel a présenté au XI^e Congrès des gynécologistes à Dresde, en 1907, une statistique de 700 cas de laparotomies transversales pour interventions sur les organes génitaux de la femme avec 3 hernies qui correspondent à des cas de réunion secondaire. Sur les 2.855 cas rapportés par Coryllos, il n'y a que 7 éventrations : ce qui fait une proportion de 0,27 p. 100.

L'éventration consécutive à l'incision de Pfannenstiel est donc tout à fait exceptionnelle. De plus, elle est limitée, de faible volume, peu gênante. Son siège diffère également. Au lieu d'occuper la cicatrice ombilicale ou l'extrémité inférieure de la

suture, comme dans la laparotomie médiane sous-ombilicale, elle reconnaît également deux sièges d'élection :

- a) Eventration médiane ou juxta-médiane;
- b) Eventration latérale externe.

Etant données les indications relativement limitées, comme nous l'avons indiqué au début de ce travail, pour l'hystérectomie subtotale, totale ou élargie, de l'incision transversale, la plus grande partie des gynécologues utilisent la suture en hauteur de la ligne blanche en prenant toutes les précautions que nous avons indiquées pour éviter l'apparition de cette redoutable complication.

CHAPITRE VI

LE LEVER PRECOCE

Ayant passé en revue les différentes complications qui surviennent à l'occasion ou à la suite de l'hystérectomie abdominale, il est un point que nous avons à peine ébauché et qui, pourtant, a son importance dans l'éclosion des complications, en particulier l'éventration. Cette question prend encore plus de poids depuis les publications du Professeur André Chaliér, de Lyon, concernant le lever précoce et dont nous avons décrit la suture à points perdus.

Car faire se lever les opérées du ventre entre le troisième et le cinquième jour est considéré par d'aucuns comme un tour de force, gros d'aléas. Cette méthode du lever précoce est cependant aisément réalisable et pleine d'avantages, s'il faut en croire le Professeur André Chaliér, qui, depuis deux ans, la pratique systématiquement et l'a préconisée dans l'hystérectomie.

Dès le deuxième jour, il autorise les patientes à bouger dans leur lit. Le premier lever consiste, le plus souvent, à les faire asseoir dans un fauteuil, puis on arrive ainsi progressivement à la station debout. Certaines hystérectomisées marchent et prennent ainsi deux repas à table dès le sixième jour.

L'auteur de la méthode estime que les avantages de la méthode sont : la convalescence raccourcie, l'amélioration et la simplification des suites opératoires, le rétablissement immédiat des fonctions vésicales et intestinales, l'absence des accidents de décubitus (escarres, congestions pulmonaires), le retour à la vie normale sans ces atrophies musculaires, sans

cette hypotonie physique et morale qui accompagnent le séjour prolongé au lit. Mais c'est surtout, à son avis, la prophylaxie la meilleure de la phlébite et de l'embolie, complications redoutables et imprévisibles, particulièrement redoutées des chirurgiens gynécologues.

Mais, à vrai dire, pour si avantageuse qu'elle soit, M. le Professeur Chalier reconnaît que cette méthode ne saurait être généralisée. Elle exige, en effet, des conditions bien définies qui ne peuvent exister dans toutes les opérations sur la sphère génitale de la femme. Ce qu'il faut tout d'abord, c'est une opération aussi parfaite et aussi aseptique que possible (condition réalisée le plus souvent étant donnés les techniques et le soin apporté dans leur exécution). Il est bien évident que le lever précoce ne peut être licite que si rien dans l'exécution de l'intervention ne peut faire redouter une hémorragie immédiate ou retardée, soit *a fortiori* une infection péritonéale. Il est de toute nécessité que la paroi soit solidement reconstituée et à l'abri de la moindre défaillance pendant toute la période où, sans être anatomiquement cicatrisée, elle aura à subir des assauts violents et répétés. Nous avons exposé la suture particulière qu'emploie le Professeur Chalier dans ce but. Il va encore plus loin et n'hésite pas à faire lever le quatrième ou le cinquième jour certaines opérées munies d'un Mikulicz ou tel autre mode de drainage, à la condition qu'il ne s'agisse pas de sujets manifestement infectés et avec la précaution d'interrompre le lever pendant un jour ou deux au moment de la suppression du drainage vers le dixième jour. Dans ces conditions, au cours de ces dernières années, il n'a enregistré aucun accident pariétal, en particulier ni hématome, ni suppuration, ni éventration.

Evidemment cette méthode paraît très séduisante et constituerait un gros progrès dans le pronostic immédiat des suites opératoires, s'il n'y avait aucun reproche à lui faire. Sans doute, elle évite le cortège des affections dues au décubitus prolongé, mais que devient, ou plutôt comment atténuer le shock postopératoire grave de conséquences dans les premiers

jours qui suivent le traumatisme opératoire spécialement dans le domaine qui nous occupe ? Ayant à ce sujet demandé leur avis à MM. les Professeurs Guyot et Chavannaz, nous sommes en mesure de dire que, sans doute, cette méthode est utilisable, à condition de suivre la technique de Chalier, mais qu'elle ne saurait être généralisée, ses indications nous paraissant extrêmement limitées.

CHAPITRE VII

ETUDE STATISTIQUE DES METHODES EMPLOYEES ET RESULTATS OBTENUS DANS LE SERVICE DE M. LE PROFESSEUR GUYOT

Nous avons relevé, dans ce but, entre les années 1925 et 1930, le nombre d'hystérectomies pratiquées dans le service de M. le Professeur Guyot. Toutes les sutures de la paroi ont été pratiquées suivant la méthode habituelle que pratique M. le Professeur Guyot, c'est-à-dire suture en trois plans et fils métalliques extra-péritonéaux (3, 4 ou 5, suivant l'étendue de l'incision) : surjet du péritoine au catgut n° 1, surjet ou suture à points séparés du plan musculo-aponévrotique, crins de Florence sur la peau, les fils extra-péritonéaux se serrant sur un bourrelet de gaze.

D'une manière générale, à moins d'indications spéciales relevant d'une complication, le drainage est supprimé au bout de 36 à 48 heures, le bourrelet de gaze le 7^e jour, les fils métalliques le 11^e jour, les crins le 14^e jour. Les opérées n'ont la permission de se lever que vers le 16^e ou le 18^e jour.

Entre le 1^{er} janvier 1925 et le 30 août 1930, il a été pratiqué 239 hystérectomies, se décomposant comme suit :

hystérectomies subtotaux, 218;

hystérectomies totales, 8;

Wertheim, 13.

A titre indicatif, les hystérectomies subtotaies ont été pratiquées :

- 78 pour fibromes;
- 74 pour métro-annexites;
- 47 pour pyosalpinx;
- 12 pour affections diverses des ovaires;
- 5 pour grossesses extra-utérines;
- 1 infection puerpérale;
- 1 pour rétention placentaire.

Parmi ces 239 hystérectomies, pour 52 la suture a été accompagnée d'un drainage par Mikulicz.

Les suites opératoires anormales ont été les suivantes :

- 22 hématomes de la paroi, dont 1 suppuré;
- 7 suppurations de la paroi;
- 4 fistules, dont 1 de la paroi et 4 stercorales.

Mais surtout, et c'est ce que nous pensons être le plus important pour prendre place dans ce travail : la suture de la paroi a été suivie d'éventration dans 12 cas, ce qui donne, au total, une proportion de 5,02 p. 100. Mais si l'on excepte la proportion de 9,6 p. 100 qui a été rencontrée pour les 52 hystérectomies accompagnées de Mikulicz, M. le Professeur Guyot arrive dans les cas ordinaires où la suture qu'il emploie a pu être pratiquée simplement (drainage de sécurité, suture de trois plans avec fils extra-péritonéaux), à une proportion d'éventrations de 3,7 p. 100.

CONCLUSIONS

I. — Nous sommes venu à cette conclusion que, dans les cas où les parois abdominales ne présentent aucune importante anomalie, le siège le plus favorable de l'incision est la ligne médiane, incision médiane sous-ombilicale. A ce niveau, lors de la fermeture de la plaie, il est plus facile de rétablir les relations anatomiques normales de la paroi abdominale antérieure.

II. — En ce qui concerne la deuxième condition, on peut constater que toutes les substances ordinairement employées peuvent être regardées comme répondant tout à fait à toutes les exigences demandées à un matériel de suture irréprochable, leur parfaite stérilisation étant la condition primordiale.

III. — Quant à la technique de la suture de la paroi, nous donnons la préférence à la suture en trois plans avec fils de renforcement extra-péritonéaux, qui met à l'abri des hématomes pariétaux et de l'éventration postopératoire

Vu : *Le Doyen,*
C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :
Le Président,
J. GUYOT.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Bordeaux, le 29 octobre 1930.
Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- ANDERSON. — Method of closing abdominal incision. *N. Y. med. Times*, 1896, p. 238.
- BALDWIN. — One thousand abdominal closures by a new method. *Annals of surgery*, 1903, p. 664.
- BANTOCK. — Du meilleur mode de fermeture de l'abdomen. Congrès de gynécologie et *Semaine médicale*, 9 sept. 1896.
- BÉGOUIN. — La laparotomie par le procédé de Pfannenstiël. *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 1907.
- BONAVITA. — Pathogénie et traitement des éventrations postopératoires. Thèse Lyon, 1895.
- BONNET. — Les hématomes et abcès de la gaine des droits après laparotomie par l'incision de Pfannenstiël. *Presse médicale*, 1923.
- BRANDT. — A new methode of suture in laparotomies. *Norsk Mag. f. lægeved*, 1904, p. 839.
- CANAC-MARQUIS. — Nouvelle méthode de suture abdominale. *Presse médicale*, 1903, p. 402.
- CHALIER (A.). — Lever précoce. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, nov. 1929.
- *Lyon médical*, mai 1930.
- CHAVANNAZ (G.). — Laparotomie par le procédé de Pfannenstiël. *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 1903.
- Sur l'incision de Pfannenstiël. *Province médicale*, 13 oct. 1906.
- COLLÈGE. — De la mobilisation des fascias d'accolement. Thèse Lyon, 1907.
- CONDAMIN. — *Arch. provinc. de chir.*, 1^{er} sept. 1892.
- CORYLLOS. — Incision transversale sus-pubienne en gynécologie. *Rev. de gyn. et chir. abdom.*, 1911.

- DANIEL (C.). — Le drainage de l'hystérectomie sus-vaginale. *Rev. franç. de gyn. et obst.*, Paris, 1921, p. 278-288.
- DARTIGUES. — *Rev. de chir. et de gyn. abdom.*, 1900.
- DELBET. — Le drainage en chirurgie abdominale. *Paris chirurgical*, 1921, p. 149-155.
- DEPAGE. — A propos de la suture de la paroi abdominale. *Ann. Soc. belge de chir.*, 1899-1900, p. 50.
- DESEQUELLES. — Traitement du catgut préalablement à sa stérilisation. *Bull. des sc. pharm.*, Paris, 1917, p. 120-123.
- DUPLAY et CAZIN. — *Semaine médicale*, 11 nov. 1896, p. 453.
— *Arch. gén. de méd.*, janvier 1897.
— *Semaine médicale*, 1897.
- DUPONT. — Suture dans la laparotomie. Thèse Paris, 1897.
- FAURE (J.-L.). — L'hystérectomie.
— Technique de l'hystérectomie abdominale dans les suppurations annexielles. *Presse médicale*, 20 janv. 1904.
— Congrès de Bruxelles, 1919 : Discussions. *Arch. mens. d'obst. et de gyn.*
- FAURE (J.-L.) et SIREDEY. — Traité de gynécologie médico-opératoire.
- FAUVEL. — De la suture de la paroi abdominale dans la laparotomie. Thèse Paris, 1898.
- FRAPPIER. — Thèse Paris, 1900.
- FERRIER (F.). — D'un procédé de drainage abdominal pouvant remplacer le Mikulicz. Thèse Lyon, 1900.
- GINESTET (F.). — Les éventrations postopératoires dans les laparotomies gynécologiques et transversales par la méthode de Pfannenstiël. Thèse Lyon, 1920.
- GOULLAUD. — De l'éventration opératoire. *Lyon médical*.
- GUENOC. — Contribution à l'étude de la laparotomie par le procédé de Pfannenstiël. Thèse Bordeaux, 1906.
- GUICHOU. — Considérations sur quelques procédés de fermeture de la paroi abdominale. Thèse Paris, 1908.
- GUILLOU (J.). — Contribution à l'étude du drainage dans les opérations gynécologiques. Emploi de la sonde de Pezzer. Thèse Paris, 1920.
- HAGGARD. — Method of closing abdominal incision. *Amer. med.*, 1903, p. 1055.

- HISSEL. — Ueber den suprasymphysaren fascongverschnitt nach Pfannenstiel. Thèse de Bonn, 1905.
- HIGGINS. — A method of closing the abdomen after laparatomy. *Boston and surg. Journ.*, 1903, p. 645.
- ILLIQU. — L'incision de Pfannenstiel. — Thèse Bordeaux, 1927.
- KOEBERLE. — *Ann. de gyn.*, Paris, 1897.
- LE GOFF. — *Ann. Journ. obst. and gyn.*, Saint-Louis, 1924, p. 342-348.
- LEPOUTRE. — Les incisions esthétiques en chirurgie pelvienne. *Bull. de la Soc. des sc. méd. de Lille*, 1925.
- LA TORRE. — Mode de fermeture de l'abdomen. Rapport au Congrès de gynécologie et obstétrique, Genève, 1896; Paris, 1897.
- MARION. — Traité de technique chirurgicale.
- MICHON. — Les hématomes et abcès de la gaine des droits après laparotomie par l'incision de Pfannenstiel.
- MILLOT. — Contribution à l'étude de l'événtration consécutive à l'emploi du drainage à la Mikulicz. Thèse Lyon, 1902.
- MORESTIN. — Incisions esthétiques.
- PASUAU. — A new method for the closure of abdomen. *Surg., gyn. and obst.*, Chicago, 1923, p. 416.
- PATEL. — L'incision de Pfannenstiel en gynécologie. *Lyon chirurgical*, 1923.
- PAUCHET (V.). — Laparotomies transversales en gynécologie. *Clinique*, 1913.
- *La pratique médicale illustrée*, fasc. II.
- PERDOUX (J.). — Le drainage en gynécologie. Thèse Paris, 1912.
- POZZI. — Traité de gynécologie, 1896.
- *Semaine gynécologique*, 1897.
- QUÉNU. — Sur la fabrication du catgut. *Bull. Acad. de méd.*, Paris, 1916.
- RATCHINSKY. — Suture abdominale après laparotomie. *Ann. gyn.*, sept. 1893.
- ROUFFART. — De la valeur des différentes incisions dans les laparotomies en gynécologie et obstétrique. *Arch. mensu. de gyn. et d'obst.*, 1919.
- ROUSSEAU. — Incisions et sutures esthétiques en chirurgie abdominale et gynécologique. Thèse Paris, 1903.

- ROUTIER. — *Semaine gynécologique*, Paris, 1897.
- ROUX. — Contribution à l'étude des sutures de la paroi abdominale après laparotomie. Thèse Lyon, 1896.
- SCHUDE. — De l'utilité des sutures métalliques dans les laparotomies. *Berlin. Klein. Wochens.*, 12 juin 1892.
- SÉNÉCHAL. — L'esthétique en chirurgie abdominale. Thèse Paris, 1902-1903.
- SORES. — *Ann. J. Surg. N. Y.*, 1925.
- VENOT. — Laparotomie par le procédé de Pfannenstiel. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1906.
- VERGÈS (R.). — Le drainage abdominal. Thèse Toulouse, 1919.
- VIOLET. — Le drainage dans les laparotomies du domaine gynécologique. *Ann. de gyn.*, Paris, 1906, p. 515 à 594.
- WERTHEIMER. — Essai sur les hernies consécutives aux opérations de la laparotomie.

